

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

260

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 avril 1896, à 1 heure

Par LOUIS GORECKI

Né à Paris le 5 mars 1863

Docteur en médecine de la Faculté de Cracovie

Ancien assistant à la clinique du docteur Galezowski

ÉTUDE

SUR

L'IRIDO-CHOROIDITE

DE LA FIÈVRE RÉCURRENTÉ

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

NÉLATON,

MENETRIER,

{ *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

260

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 avril 1896, à 1 heure

Par LOUIS GORECKI

Né à Paris le 5 mars 1863

Docteur en médecine de la Faculté de Cracovie

Ancien assistant à la clinique du docteur Galezowski

ÉTUDE

SUR

L'IRIDO-CHOROIDITE

DE LA FIÈVRE RÉCURRENTÉ

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

NÉLATON,

MENETRIER,

{ *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
	{ GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTNER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Parmi les complications de la fièvre récurrente, il en est une presque inconnue en France sur laquelle nous désirons attirer l'attention. Il s'agit d'irido-choroïdite de nature infectieuse survenant dans la suite de cette maladie.

Ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas des plus nets, quoique très bénin, chez un des premiers bactériologistes de notre époque, qui s'était inoculé le typhus récurrent, nous avons cru bon d'entreprendre sur ce sujet, tout nouveau dans notre pays d'adoption, quelques recherches, et de condenser dans notre thèse inaugurale les opinions des auteurs étrangers.

Mais avant d'entreprendre la description didactique de cette complication oculaire de la fièvre à rechutes, nous croyons utile de rappeler en quelques lignes ce qu'est cette affection.

Le typhus récurrent, la fièvre à rechutes, à peu près inconnu en France, sévit à l'état épidémique dans certaines régions, les îles Britanniques, la Russie, les Indes notamment.

Cette maladie est une infection épidémique sous la dépendance d'un microbe actuellement bien connu, le *Spirochète Obermeieri*, découvert à Berlin en 1868 par un jeune savant Obermeier. Ce microbe, facile à isoler, ne donne toutefois pas de cultures ; mais sa spécificité est incontestable, il est inoculable avec succès au singe et à l'homme.

On reconnaît au typhus récurrent les symptômes suivants : frisson initial suivi d'un état fébrile caractérisé par une température élevée de 40-41°; faiblesse, courbature, douleurs musculaires; la fièvre se maintient pendant une durée de quatre à cinq jours sans accidents cérébraux malgré des hyperthermies de 41 et 42°; vers le cinquième jour survient la crise caractérisée par la chute brusque de la température qui descend à la normale et quelquefois même au-dessous. Alors commence une période d'apyrexie, qui dure quatre à cinq jours et se termine par un second accès. La fièvre disparaît pour reparaitre brusquement après une période égale à la première. Cette chute de température marque ordinairement la fin de la maladie, mais il peut survenir d'autres accès. Le type le plus ordinaire comprend deux accès séparés par une période d'apyrexie. Il est rare de n'observer qu'un seul accès; on en a noté quelquefois trois, quatre et même cinq, d'où le nom de fièvre à rechutes donné à cette maladie.

Le pronostic en est relativement bénin, car la mortalité en général ne dépasse pas 2 pour 100, et reconnaît pour cause des complications hépatiques et spléniques. Dans les pays chauds où cette fièvre à rechutes prend un caractère plus grave et accuse une mortalité de 6 pour 100, on lui donne le nom de typhus biliaire.

Nous en avons fini avec ces quelques considérations générales, il nous reste maintenant à remercier nos divers maîtres dans les hôpitaux.

M. le professeur Panas, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, a toujours bien voulu nous prodiguer, avec infiniment de bienveillance,

tous les conseils dont nous avons besoin ; il était juste d'écrire son nom à la première page de ce travail.

Nous ne saurions oublier également M. le professeur Pinard et MM. les professeurs agrégés Charrin et Lejars, que nous remercions ici publiquement de nous avoir ouvert les portes de leurs services.

Nous avons aussi contracté une dette de reconnaissance vis-à-vis du célèbre auteur de la phagocytose, M. Metchnikoff, qui a bien voulu nous autoriser à publier sa propre observation, la première en France de fièvre récurrente expérimentale ; nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

L'inspirateur de ce travail, M. Rochon-Duvigneaud, a été pour nous un maître aussi bien qu'un ami ; nous ne pouvions l'omettre sur la liste de ceux à qui nous devons toute notre instruction médicale.

Enfin je ne terminerai pas, sans rappeler combien m'ont été profitables les savantes leçons du docteur Galezowski, dont la clinique a été pour moi, pendant quatre années, un vaste champ d'observations et d'expériences.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0014

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les manifestations oculaires et particulièrement l'irido-choroïdite consécutives au typhus à rechutes sont connues depuis longtemps.

On peut retrouver jusque dans les auteurs grecs la mention de ces accidents. Thucydide (1) dans le récit qu'il nous a laissé de la peste d'Athènes, maladie qui semble être le typhus récurrent de nos jours, nous rapporte que plusieurs malades perdirent les yeux par suite de cette affection.

Nous retrouvons au moyen âge les diverses complications de la fièvre récurrente signalées par divers auteurs ; malheureusement les descriptions qu'ils en donnent ne peuvent nous servir pour notre étude.

Il faut arriver jusqu'à notre siècle pour trouver réellement des travaux importants sur ce sujet. Les premiers sont dus à des auteurs anglais. A l'occasion de la fameuse épidémie de relapsing fever de Dublin de 1826 parurent une série de mémoires des plus importants ; l'ophtalmie post-fébrile fut décrite par Reid (2), Jacob (3), Wallace (4).

(1) THUCYDIDE, *De bello Peloponnesiaco*, lib. II.

(2) REID, *Transactions of the Association of Fellows and Licentiates of the King and Queen's College of Physicians in Ireland*. Dublin, 1828, vol. V, p. 204.

(3) JACOB, *Ibid.*, 1828, vol. V, p. 268.

(4) WALLACE, *Medico-chirurg. Trans.* London, 1828, vol. XIV, p. 286.

En France ces accidents n'avaient été signalés qu'incidemment par Larrey (1) dans ses mémoires et n'avaient pas attiré l'attention des cliniciens, l'affection n'ayant été jusque-là d'ailleurs pas observée dans notre pays.

Une nouvelle épidémie célèbre qui sévit en Angleterre donna naissance à de nouveaux et nombreux travaux. Mackensie (2) nous en a laissé une description mémorable à laquelle on a peu changé depuis. Cormack (3), Wardell (4), Craigie (5), Goodsir (6), Dummler (7) et Orr (8) y ont peu ajouté, quoiqu'ayant eu l'occasion d'étudier la même épidémie. Le seul mémoire qui fasse encore date à cette époque est celui d'Anderson (9), qui complète celui de Mackensie. Nous devons ajouter que tous ces auteurs ont décrit en bloc sous le nom d'ophtalmie post-fébrile tous les accidents post-typhiques. Nous verrons plus loin qu'il y a lieu de faire des distinctions et de délimiter plus nettement notre sujet.

Les épidémies de typhus récurrent qui sévirent en Allemagne et en Russie il y a une vingtaine d'années ont été le point de départ de recherches nouvelles. Nous devons

(1) LARREY, *Mémoires de chirurgie militaire*, Paris, 1812, tome II.

(2) MACKENSIE, Some account of the epidemic remittent fever prevalent in Glasgow. *Lond. med. Gazette*, 1843 et *Traité pratique des maladies de l'œil*, trad. franç., 1856, t. II, p. 102.

(3) CORMACK, *Natural history, pathology and treatment of the Epidemic Fever*, Edinburg, 1843.

(4) WARDELL, On the Scotch Fever of 1843. *Lond. med. Gazette*, 1847.

(5) CRAIGIE, *Edinburg med. Journ.*, 1843, t. LX, p. 410.

(6) GOODSIR, *Ibid.*, 1845, t. LXVII, p. 134.

(7) DUMMLER, Ueber die oberschlesische Epidemie. *Arch. f. path. Anat.*, 1849, t. II.

(8) ORR, *Edinburg med. Journ.*, 1848, t. LXVIII, p. 363.

(9) ANDERSON A., *London and Edinburg Monthly med. Journ.*, octobre 1845.

citer les remarquables travaux de Beust (1), Estlander (2), Loetschnikow (3), Peltzer (4), Hænisch (5). Toutes ces publications ont été faites à l'étranger ; la seule qui ait paru en France est celle de Blessig (6) au Congrès d'ophthamologie de Paris de 1867.

Dans ces dernières années nous devons signaler les mémoires importants de Trompetter (7), Luchhau (8), Kramsztyk (9), dont on ne trouve dans les revues françaises qu'un court résumé.

C'est en nous servant des principaux de ces ouvrages que nous essayerons de tracer l'histoire clinique et d'esquisser l'anatomie pathologique de l'irido-choroïdite dans la fièvre récurrente.

(1) BEUST K. H., *Ueber complication von typhus Recurrens mit delirium tremens*. Dissert. inaug. Greifswald, 1869.

(2) ESTLANDER J. A., *Ueber choroiditis nach febris typhosa recurrens*. *Arch. f. Ophth.*, 1869, Bd. XV, 2 Hfk, p. 108-143.

(3) LOETSCHNIKOW, *Ueber Entzündung des vorderen Abschnittes der choroidea (des Ciliarkörpers) als Nachkrankheit des febris recurrens*. *Arch. f. Ophth.*, 1870, XVI, 353-363.

(4) PELTZER O., *Erkrankungen des choroidaltractus nach febris recurrens*. *Berl. klin. Wochens.*, 1872, IX, p. 144.

(5) HÆNICH F., *Die complicationem und Nachkrankheiten der in der Greifswalder med. klin. des prof. der. Mossler behandelten Fälle von Typhus recurrens*. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1874-75.

(6) BLESSIG, *Sur une forme d'irido-choroïdite compliquant la fièvre récurrente de Russie*. *Compte rendu du congrès intern. d'ophth. de Paris*, 1867, II^e session.

(7) TROMPETTER (J.), *Ueberchoroiditis nach febris recurrens*. *Klin. Monatsb. f. Augenh.*, 1880, XVIII, p. 123-131.

(8) LUCHHAU, *Ueber ohren-und Augenerkrankungen bei febris recurrens*. *Arch. f. path. Anat.*, 1880, t. XXXII, p. 18-26.

(9) KRAMSZTYK L., *Affections de l'œil dans la fièvre récurrente*. *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2 s., II, p. 85, 111, 134.

CHAPITRE II

Fréquence.

L'irido-choroïdite est une complication assez fréquente de la fièvre récurrente.

Pour juger toutefois de cette fréquence nous avons des matériaux encore bien incomplets. Néanmoins on peut voir qu'elle compte certainement parmi les affections les plus communes, parmi les séquelles les plus intéressantes qui viennent compliquer le typhus à rechutes.

On en jugera par les statistiques suivantes. Celle de Mackensie est la plus considérable. « Depuis le 8 août jusqu'au 31 octobre 1843, dit cet auteur, époque à laquelle finit ma période quaternaire au « Glasgow Eye Infirmary », 36 cas d'ophthalmitis post-fébrile avaient été inscrits sur les registres. Pendant les années 1843 et 1844, sur 1877 malades admis, 261 étaient affectés de cette maladie ».

Jacob en a recueilli 10 cas pour sa part, Wallace 40, Anderson 135. Tous ces cas furent observés après l'épidémie de typhus de Dublin de 1826.

Plus près de nous, nous devons signaler la statistique importante de Blessig, qui, dans l'épidémie de typhus récurrent de Russie de 1864, a pu recueillir en 4 ans 127 observations d'irido-choroïdite post-fébrile.

Ces statistiques montrent assez l'importance de l'ophtalmie de la fièvre à rechutes. Si elles ne donnent point le

nombre exact proportionnel des complications oculaires à celui des malades atteints de typhus, on peut toutefois conclure que l'irido-choroïdite est plus fréquente dans cette affection que dans n'importe quelle autre maladie infectieuse similaire. La fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le choléra, les fièvres éruptives le cèdent de beaucoup au relapsing fever au point de vue de la fréquence de cette complication oculaire.

CHAPITRE III

Étiologie.

Dans quelles conditions survient l'irido-choroïdite post-fébrile ? C'est là une question bien captivante et bien spéciale en apparence au typhus récurrent.

Nous examinerons successivement tous les facteurs qui jouent un rôle dans cette étiologie.

SEXE. — Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Tandis que les Anglais admettent que c'est le sexe féminin qui est le plus frappé, les auteurs russes au contraire reconnaissent que c'est le sexe masculin.

« Sur les 36 cas que j'ai traités en août, septembre, et octobre, dit Mackensie, 27 appartenaient à des sujets du sexe féminin, 9 à des sujets du sexe masculin ».

Wallace, Jacob, Anderson l'ont observée aussi plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Les chiffres de Blessig au contraire diffèrent totalement. Cet ophthalmologiste l'a rencontrée chez 111 hommes, et chez 16 femmes seulement.

Que faut-il conclure de cette discordance des statistiques ? Rien à notre avis. Il faudrait savoir, pour être affirmatif, la proportionnalité des malades des deux sexes atteints de typhus récurrent aussi bien dans les épidémies anglo-irlandaises que dans l'épidémie russe.

AGE. — A ce point de vue, les données statistiques con-

cordent mieux. Les auteurs admettent que les sujets adultes sont surtout atteints.

Voici l'âge des 36 malades de Mackensie : au-dessous de 10 ans, 3 ; de 10 à 20, 17 ; de 20 à 30, 9 ; de 30 à 40, 2 ; de 40 à 50, 3 ; de 50 à 60, 3. Chez les malades de Jacob, sur 30 dont il a noté l'âge, 3 seulement avaient dépassé celui de 25 ans.

Blessig arrive aux mêmes constatations, car sur ses 127 malades la plupart, soit 89, étaient âgés de 10 à 30 ans.

C'est donc l'adolescence et l'âge adulte qui sont le plus souvent atteints.

CLIMATS. — La question de climats joue un certain rôle, mais elle est moins spéciale à la complication oculaire du typhus récurrent qu'à cette affection même.

EPIDÉMIES. — Toutes les épidémies ne semblent pas avec la même fréquence s'accompagner d'irido-choroïdite. C'est surtout dans les épidémies très meurtrières qu'on semble avoir observé celle-ci.

Ainsi elle était bien plus fréquente dans l'épidémie observée par Mackensie en 1843, épidémie dont la mortalité était de 2,5 pour 100, que dans celle observée par Estlander en Finlande où la mortalité n'était que de 1,36 pour 100. De plus dans la seconde épidémie finlandaise d'une mortalité de 8,4 pour 100, la fréquence des affections oculaires était beaucoup plus considérable. Les nombreuses observations d'irido-choroïdites consécutives au typhus récurrent, rapportées par Blessig et Peltzer, semblent de même se rapporter à des épidémies graves.

EPOQUE D'APPARITION. — Si nous cherchons l'époque d'apparition de l'affection après le dernier accès, nous sommes assez bien renseigné.

Pour Mackensie l'ophthalmitis se déclarait à des périodes variables depuis 3 jusqu'à 16 semaines à partir du début de la fièvre. Plusieurs fois elle survint 2 semaines après la convalescence de la rechute, mais généralement un peu plus tard.

Jacob est à peu près du même avis. Dans la majorité des cas vus par lui, la maladie a éclaté 6 semaines ou 2 mois après la guérison de la fièvre ; dans quelques cas néanmoins elle est survenue avant que les sujets eussent quitté l'hôpital, et dans d'autres cas, 4, 5, ou même 8 mois après.

Anderson nous donne une statistique analogue. Sur ses 135 cas, les symptômes amaurotiques ou inflammatoires de l'affection oculaire débutèrent pendant la fièvre ou pendant la rechute, 10 fois ; pendant la convalescence, 34 fois ; 15 jours après la convalescence, 29 fois ; dans le mois suivant, 31 fois ; 5 ou 6 mois après, 31 fois.

Blessig nous donne les dates d'apparition suivantes : immédiatement après le dernier accès, 5 fois ; dans le courant des deux semaines qui l'ont suivi, 23 fois ; dans le courant des 4 semaines, 24 fois ; dans le courant de 2 mois, 32 fois ; dans le courant de 3 mois, 14 fois ; dans le courant de 6 mois, 9 fois ; dans un intervalle indéterminé, 20 fois.

La statistique de Loetschnikow concorde également avec les données précédentes. L'intervalle qui séparait l'apparition de l'irido-cyclite de celle du dernier accès variait entre quelques jours et 6 mois et même davantage ; dans la majorité des cas il était de 3 à 8 semaines ; il y avait des cas où l'affection oculaire se déclarait dans le cours de la convalescence ; par contre il n'y eut aucun cas où l'œil fut affecté dans la période qui séparait les attaques.

Dans tous les cas de Kramsztyk le processus morbide a commencé dans l'œil après le dernier accès et cela assez tard. Le temps le plus court écoulé depuis la cessation de la maladie générale jusqu'à l'apparition des premiers symptômes oculaires a été de 2 semaines, le plus long d'environ 12. Le plus grand nombre des malades évaluait ce laps de temps à 4 semaines.

Cette rapide revue des opinions émises par les auteurs nous montre que les manifestations iritiques et choroïdiennes surviennent exceptionnellement pendant la fièvre, quelquefois pendant la convalescence du typhus, habituellement dans les deux premiers mois après la terminaison de cette maladie.

Nous avons étudié jusqu'ici les causes prédisposantes de l'irido-choroïdite post-typhique. Les causes occasionnelles nous sont à peu près inconnues. Quand nous aurons signalé que Wallace reconnaît une influence capitale à l'action du froid dans l'apparition des symptômes oculaires, nous en aurons fini avec cette étiologie, qui on le voit laisse encore place à beaucoup de recherches et des plus intéressantes.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de cette complication oculaire du typhus récurrent est encore fort incomplète en raison de la rareté des nécropsies et des énucléations pratiquées contre elles.

Nous étudierons successivement le siège, l'affection et les diverses lésions de l'œil atteint.

1° TOPOGRAPHIE. — Quel est l'œil le plus souvent malade dans la fièvre à rechutes, les deux yeux peuvent-ils être envahis ? A cette double question les auteurs ont répondu un peu différemment.

Wallace a surtout insisté sur l'unilatéralité des lésions ; il a montré la plus grande fréquence de cette maladie à droite qu'à gauche. Sur 40 cas qu'il a notés la maladie n'existait que 4 fois à gauche, et 2 fois seulement elle occupait les deux yeux. Il expliquait cette prédilection de l'œil droit en disant que généralement l'attaque est due à l'action d'un courant d'air froid pendant la nuit ; c'est probablement l'œil qui est le plus à découvert qui se prend. Celui qui appartient au côté sur lequel le malade se couche échappant ordinairement.

Mackensie est du même avis. L'œil droit était seul affecté chez 18 de ses malades ; dans 10, le gauche était seul

pris, et dans 8, les deux yeux furent pris ensemble ou successivement.

Dans la statistique de Blessig l'œil droit fut pris 70 fois, le gauche 50 fois, les deux yeux 7 fois seulement.

Logetschnikow, Kramsztyk et nous-même arrivons aux mêmes constatations. L'affection est donc le plus souvent unilatérale et dans presque les $\frac{2}{3}$ des cas, c'est l'œil droit qui est atteint.

2° SIÈGE DES LÉSIONS. — Quelle est maintenant la répartition des lésions dans l'œil atteint?

On peut fixer d'une manière générale que le processus inflammatoire et infectieux porte sur la membrane vasculaire du globe oculaire, sur l'iris et la choroïde. Cette détermination morbide et son siège nous expliquent la justesse du terme d'irido-choroïdite proposé par Blessig, à la place de celui d'ophthalmitis post-fébrile donné par Mackensie.

Il est juste toutefois de reconnaître que, si dans la majorité des cas il ne s'agit que d'irido-choroïdite, il est des exceptions à cette règle; on verra, à la lecture de nos observations, que dans plusieurs cas tous les tissus de l'œil étaient touchés dans cette maladie. Il ne faut donc point, comme l'a fait Blessig, rejeter aussi catégoriquement l'expression de Mackensie. On comprend mal qu'un processus infectieux comme celui du typhus récurrent puisse se localiser toujours strictement à la membrane vasculaire de l'œil et ne pas s'étendre aux diverses couches qui composent le globe oculaire, ainsi qu'aux milieux réfringents de celui-ci.

Toutefois cette répartition des lésions étant admise, il

faut encore faire une remarque. Dans la majorité des cas, on peut préciser davantage la localisation de celles-ci. C'est en effet surtout le segment antérieur du globe qui est lésé et nous croyons que le terme d'irido-choroïdite antérieure exprime mieux ce que la clinique et l'anatomie pathologique nous enseignent.

3° NATURE DES LÉSIONS. — La nature de ces lésions se rapportant le plus souvent à l'irido-choroïdite plastique, rarement elles aboutissent à la suppuration ou à une exsudation séreuse intra-oculaire.

Dans la forme plastique on voit se développer au pourtour de l'iris et dans son épaisseur, ainsi que dans la choroïde et la région ciliaire, des exsudats qui peu à peu s'organisent en tractus fibrino-purulents, dont les conséquences sont d'une part l'immobilisation de l'iris et de l'appareil cristallinien, et d'autre part des opacités de dimensions variables siégeant dans les milieux réfringents de l'œil.

Dans le type suppuré, on voit surtout se développer un hypopyon ; rarement la suppuration siége en plein corps vitré et donne lieu à une panophtalmie.

Enfin on conçoit que la forme plastique aboutisse tôt ou tard à ce qu'on est convenu d'appeler la forme séreuse.

Après avoir donné une vue générale sur le siège et la nature de ces lésions, examinons en détail les particularités et la distribution de celles-ci.

4° DISTRIBUTION DES LÉSIONS. — Nous passerons successivement en revue toutes les parties du globe qui peuvent être lésées dans le typhus récurrent.

a) IRIS. — L'iris est la membrane de prédilection de cette ophtalmie infectieuse. Les lésions varient suivant leur de-

gré, mais généralement elles affectent le type de l'iritis plastique vulgaire.

L'inflammation irienne entraîne une diapédèse intra et extra-iridienne qui aboutit à la formation d'exsudats plastiques qui enserrant cette membrane. Le plus haut degré que cette iritis puisse atteindre nous est fourni par une observation d'Estlander dans laquelle l'iris était transformé en une masse calleuse remplissant l'angle irido-cornéen, adhérent d'une part à la face postérieure de la cornée et d'autre part à la capsule cristallinienne. Dans cette masse calleuse se trouvaient de maigres restes de la texture normale de l'iris, dont le pigment était partiellement conservé.

Il est facile de concevoir ce que devient l'angle irien dans un tel processus. Ces exsudats entraînent tôt ou tard son occlusion plus ou moins complète ; il en résulte une difficulté dans l'excrétion des liquides intra-oculaires ; c'est le premier stade des complications glaucomateuses dans l'irido-choroïdite post-fébrile. Parfois cependant le degré d'inflammation irienne est moindre et on a peine à retrouver la présence de ces exsudats enchâssant cette membrane.

b) CHOROÏDE. — Les lésions sont à peu près les mêmes sur la choroïde. La production d'exsudats aboutit à une adhérence intime de la choroïde à la sclérotique comme dans une observation d'Estlander que nous relatons plus loin. D'autres fois la choroïde enflammée se clérose, d'où les plaques d'atrophie choroïdienne constatées par plusieurs auteurs, par Kramsztyk notamment.

c) CORPS CILIAIRE. — Le corps ciliaire serait fréquemment atteint d'après quelques auteurs (Logetschnikow, Jacobson), jamais selon d'autres.

Dans quelques cas on a noté des altérations inflammatoires dans le corps ciliaire, altérations qui ont occasionné des changements dans l'élasticité de la zone de Zinn et dans la structure du muscle ciliaire. Ces changements nous expliquent la parésie du muscle de l'accommodation rencontré par Jacobson dans la convalescence de la fièvre récurrente.

Dans une observation d'Estlander le corps ciliaire était transformé en un tissu induré qui était constitué principalement de tissu conjonctif, avec une grande quantité de cellules finement granulées ressemblant à des corpuscules du pus.

d) SCLÉROTIQUE. — Elle est rarement atteinte ; d'après certains ophthalmologistes, Blessig entre autres, elle ne le serait même jamais.

Mackensie signale l'injection, la vascularisation extrême de cette membrane. Dans d'autres observations on trouve notés un épaissement et son adhérence intime à la choroïde, qui parfois atrophiée laisse voir à l'ophthalmoscope la trame scléroticale.

e) CORNÉE. — Les lésions cornéennes pour être rares ne sont toutefois pas exceptionnelles.

Ainsi Blessig a vu deux fois une petite opacité profonde semblant se rattacher à une iritis séreuse, différant toutefois de la descéméite en ce qu'elle n'avait pas la forme ponctuée, si spéciale à cette affection.

Dans des formes plus graves ayant entraîné la phtisie oculaire, on a vu la sclérose de la cornée, sa vascularisation extrême (Estlander).

f) RÉTINE. — Elle paraît peu atteinte, quoi qu'en aient dit quelques auteurs.

Estlander et d'autres ont signalé son adhérence à la choroïde, des lésions de rétinite ou plutôt de congestion de cette membrane, enfin le décollement de celle-ci. Dans les formes graves, dans les panophtalmies post-fébriles la désorganisation de la membrane nerveuse oculaire a été retrouvée à tous les degrés.

g) PAPILLE ET NERF OPTIQUE. — Existe-t-il dans l'ophtalmie post-fébrile des complications de papillite et de névrite optique? L'anatomie pathologique ne les a point jusqu'à présent démontrées.

La clinique toutefois semble donner raison à cette manière de voir. Wallace et Mackensie ont mentionné des cas de cécité subite, au cours de la fièvre récurrente. Mackensie pense dans ces cas que l'affection rappelle plutôt une amaurose qu'une ophtalmite.

Dans un cas d'Estlander les troubles du corps vitré étaient si minimes qu'on pouvait observer les contours de la papille avec l'ophtalmoscope, et pourtant il existait une amblyopie très forte. Pour expliquer ce fait Estlander admet l'existence d'une légère affection sympathique de la rétine.

Førster a vu survenir chez un jeune homme une amaurose passagère de l'œil droit, qui dura plusieurs jours et qui était apparue le deuxième jour du second accès de la fièvre récurrente. Après la disparition de l'amaurose, l'acuité visuelle resta plus faible du côté qui avait été atteint. Il est à remarquer, ajoute Berger, que, dans ce cas, l'amaurose apparut entre les accès, tandis que généralement les troubles oculaires se manifestent après la dernière crise. Il est vraisemblable qu'il s'agissait ici de névrite optique.

h) CRISTALLIN. — La lentille cristallinienne est dans presque tous les cas enchâssée par les exsudats inflammatoires et collée à la face postérieure de l'iris.

i) HUMEUR AQUEUSE ET CORPS VITRÉ. — Les milieux transparents autres que le cristallin subissent de profonds changements.

Dans la forme plastique ce sont des opacités, des dépôts composés de cellules migratrices, de cellules épithéliales tombées à leur intérieur et des blocs fibrineux qui forment ces flocons si variables d'aspect que nous retrouverons lors de la symptomatologie.

Dans la forme suppurée, les leucocytes dominent ; jamais dans aucun des cas on n'y a retrouvé la spirille pathogène d'Obermeier.

On voit en résumé que tous les tissus du globe peuvent être atteints dans la fièvre récurrente ; mais la plus grande fréquence des lésions siège surtout sur l'iris et la choroïde dans son segment antérieur, d'où le nom d'irido-choroïdite antérieure que nous proposons.

CHAPITRE V

Pathogénie.

L'explication de ces troubles oculaires, de ces lésions surtout irido-choroïdiennes dans le typhus récurrent a donné naissance à beaucoup d'hypothèses.

Par analogie avec ce qui se passe dans d'autres maladies infectieuses et par les données que nous fournit l'expérimentation, nous sommes plus à même aujourd'hui d'exposer leur pathogénie.

Trois théories ont été successivement émises pour les expliquer. Etudions-les successivement.

1° THROMBOSES CHOROÏDIENNES. — C'est Blessig qui le premier a formulé l'opinion que les complications oculaires de la fièvre récurrente étaient dues à des thromboses se formant dans les vaisseaux de la choroïde et produisant l'irido-choroïdite.

Il expliquait ces thromboses ophthalmiques par le haut degré d'adynamie cardiaque qu'on observe dans le typhus récurrent.

Cette théorie tombe devant l'examen raisonné des faits. Tout d'abord ces thromboses devraient se produire au moment même du typhus, ce qui n'est point, car l'irido-choroïdite, nous l'avons vu, apparaît longtemps après le dernier accès.

De plus cette théorie de la thrombose oculaire est tom-

bée avec la théorie de la thrombose en général et elle ne soutient pas l'examen anatomo-pathologique. Dans une observation d'Estlander on ne retrouve pas signalées de thromboses, ni d'altérations vasculaires appréciables sur les préparations qu'il a pu faire d'un œil énucléé.

2° EMBOLIES CHOROIDIENNES. — Voyant le faible de son hypothèse, Blessig s'est rattaché pour expliquer ces accidents à la théorie de l'embolie choroidienne.

Il a supposé qu'il s'agissait d'embolies métastatiques parties de la rate atteinte dans le typhus récurrent, de nécroses partielles et d'abcès multiples.

Cette conception tombe encore devant l'anatomie pathologique ; elle ne peut d'ailleurs expliquer la forme plastique des lésions. Toutefois elle avait un fond de vérité en ce qu'elle soupçonnait la nature vraiment métastatique ou infectieuse de ces complications oculaires.

3° THÉORIE INFECTIEUSE. — C'est à elle que se rattachent tous les auteurs récents, Estlander, Logetschnikow, Kramsztyk, Mitwalsky.

Il s'agit d'après cette théorie de lésions oculaires infectieuses sous la dépendance directe du microbe pathogène du spirochète d'Obermeier, mais il est un point que l'on ne peut expliquer, sans le secours des données bactériologiques générales.

Dans aucun des yeux énucléés on n'a pu retrouver en effet le spirille d'Obermeier. M. Metschnikoff (communication orale) l'a vainement cherché dans l'œil d'un lapin auquel il avait inoculé le microbe dans la chambre antérieure ; il est vrai que le lapin est réfractaire au microbe d'Obermeier et que, pour conclure plus sûrement, il faudrait avoir

fait des inoculations au singe, qui est, on le sait, l'animal réactif par excellence du spirochète de la fièvre récurrente.

Cette absence de microbes dans les milieux de l'œil et dans les membranes de cet organe nous permet d'expliquer un peu différemment la pathogénie de l'irido-choroïdite post-fébrile. Nous croyons qu'il s'agit bien en effet d'irido-choroïdites infectieuses, mais nous aimons mieux croire que celles-ci sont sous la dépendance des produits solubles, des toxines sécrétées par ce microbe que sous celle du microbe lui-même.

Cette manière de voir est d'ailleurs conforme à ce que nous enseigne actuellement la pathologie générale ; nous savons de plus qu'il existe des irido-choroïdites directement dues à des poisons minéraux ou végétaux. Nous concluons donc en disant que les accidents oculaires de la fièvre récurrente sont dus aux toxines du spirochète d'Obermeier, ce que d'ailleurs l'apparition tardive des accidents justifie pleinement, les toxines étant au moment du déclin du typhus à leur quantité maxima dans l'économie.

Nous ne pouvons passer sous silence l'infection secondaire par des microbes vulgaires (pneumocoques, staphylocoques).

Le fait que cette ophthalmie ne se développe qu'exceptionnellement parle en faveur de cette théorie.

En somme il y a sans doute toujours des toxines : il n'y a que rarement de la choroïdite.

CHAPITRE VI

Symptômes.

Nous décrirons ici la forme ordinaire de l'irido-choroïdite post-fébrile ; nous voulons parler de la forme plastique.

DÉBUT. — Les accidents apparaissent, comme nous l'avons vu, pendant la convalescence du typhus.

Les premiers symptômes sont des symptômes aigus inflammatoires et de réaction du globe oculaire.

Ces *accidents de réaction* s'annoncent par une photophobie intense, du larmolement et du blépharospasme. Le malade accuse des douleurs vives péri-orbitaires, surtout localisées au niveau du front et de la tempe.

En même temps, il se plaint d'une diminution de l'acuité visuelle, qui baisse lentement. Les observations où l'on a signalé un début brusque à celle-ci semblent se rapporter à des névrites optiques plutôt qu'à l'irido-choroïdite vraie.

A l'*examen* on constate que les vaisseaux épiscléaux péricératiques sont injectés et que la pression est douloureuse sur le globe de l'œil au niveau du limbe scléro-cornéen, près du corps ciliaire. Ces vaisseaux épiscléaux se portent sous forme de rayons, vers la cornée (Mackensie).

La chambre antérieure souvent plus profonde contient une humeur aqueuse habituellement un peu trouble, lactescente. A la face postérieure de la cornée, on remarque

dans quelques cas un pointillé blanchâtre un peu analogue à celui de la descéméite classique.

La pupille est tantôt dilatée, tantôt contractée. On voit qu'elle se dilate mal sous l'influence de la lumière et de l'atropine. Sa contraction se fait mal, indice que le sphincter irien est altéré et enflammé. Le changement de couleur de l'iris, sa déformation et son adhérence aux parties voisines s'observent rarement au début.

A l'éclairage latéral on peut souvent voir déjà quelques flocons dispersés çà et là sur les capsules cristalliniennes.

L'ophtalmoscope montre enfin que le vitré est trouble, lactescent en masse ; plus souvent on y trouve des flocons blanchâtres et rougeâtres flottants à son intérieur.

La papille peut être aperçue plus ou moins distinctement ; la rétine paraît saine ; les taches d'atrophie choroïdienne signalées par quelques auteurs, Kramsztyk en particulier, semblent plutôt se rattacher à des lésions choroïdiennes préexistantes.

Ajoutons que, d'après Mackensie, la tension oculaire est diminuée à cette période.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Après un temps plus ou moins long l'affection passe à sa période d'état.

Les *symptômes fonctionnels* se sont encore accrus. « Le larmolement, dit Mackensie, dans la seconde période est très considérable, et semble en rapport, moins avec l'état de la sclérotique qu'avec celui de l'intérieur de l'œil. La douleur intense dans l'œil et autour de lui, qui s'aggrave pendant la nuit, est exactement semblable à celle qui accompagne les ophthalmies rhumatismale et syphilitique ; et bien qu'elle soit en partie l'effet de la pression exercée

par les tissus enflammés sur les nerfs ciliaires à l'intérieur de l'œil, elle dépend peut-être aussi d'une affection névralgique directe, telle que celle que l'on observe souvent dans les branches du nerf de la cinquième paire, au moment où elles sortent de l'orbite, même lorsqu'il n'y a pas d'inflammation évidente ». Cette douleur s'exagère singulièrement à la pression sur le globe oculaire au niveau du corps ciliaire, surtout à la partie supéro-interne. Cette douleur à la pression est un symptôme important, elle nous explique la localisation de l'affection et nous rend compte d'autres symptômes.

La photophobie n'est pas constante à cette période ; elle est souvent moindre qu'au début.

Un symptôme qui inquiète beaucoup les malades est l'affaiblissement de leur acuité visuelle et la présence de mouches volantes constantes, d'un brouillard situé au-devant du globe. Ces mouches volantes sont parfois si nombreuses, qu'un malade de Mackensie comparait son état de myodésopsie « à un sac de suie qu'on aurait secoué devant lui ». D'autres fois les taches obscures du champ visuel se rapprochent à un tel point qu'il existe comme un voile plus ou moins complet tendu au-devant de l'œil.

Il existe parfois pendant cette période des *symptômes généraux* ; ils doivent être bien rares. En tout cas, Mackensie signale : la fréquence du pouls qui varie de 80 à 120, des frissons répétés ; la langue est nette, humide et la douleur empêche tout sommeil. Mais dans ces cas il est vraisemblable qu'il s'agit d'un nouvel accès du typhus, mis sur le compte des complications oculaires.

D'ailleurs le propre de la période d'état de l'irido-choroï-

dite post-typhique est la cessation même des accidents aigus inflammatoires du début ; nous verrons plus loin que la marche de cette affection est essentiellement torpide.

Les *symptômes physiques* de cette période sont vraiment les symptômes capitaux.

A l'examen direct on voit que l'injection péri-kératique du début est souvent moindre ; la vascularisation n'est souvent même pas plus marquée que sur l'œil non atteint.

La cornée est généralement indemne ; la chambre antérieure fréquemment moins profonde, renferme au voisinage de l'angle irido-cornéen des opacités de coloration jaune verdâtre, qui s'étendent parfois dans une plus ou moins grande étendue de cette chambre, jusque sur la face postérieure de la cornée. Tantôt ces exsudats forment des flocons, tantôt ils forment une véritable nappe tapissant l'épithélium postérieur cornéen (Kramsztyk).

A l'éclairage latéral on voit mieux ces altérations ainsi que celles de l'iris. Celui-ci est habituellement contracté, et soudé par des synéchies postérieures à la lentille cristallinienne ; il réagit mal à la lumière et sous l'influence de l'atropine et sa dilatation est irrégulière. A la suite des instillations d'atropine, alors que les synéchies postérieures sont rompues, on peut voir sur la capsule cristallinienne leur point d'attache, sous forme de taches pigmentées, restes du pigment uvéen. On peut constater de plus, comme dans les cas de Kramsztyk, un changement de coloration de l'iris qui devient rougeâtre.

A l'ophtalmoscope on peut trouver dans le vitré des opacités de diverses formes ; nous devons ajouter que cet examen n'est pas toujours facile car la pupille ne cède pas

infailliblement à l'atropine, et il se présente des cas où il existe une véritable occlusion pupillaire. Quand il devient possible de les examiner on voit que ces opacités siègent généralement dans la partie inférieure du corps vitré. Tantôt ce sont de fines molécules jaunâtres, arrondies, mobiles ou fixées au voisinage de l'appareil cristallinien. D'autres fois ce sont des exsudats volumineux, de coloration jaunâtre ou vert pâle, vacillant lentement quand l'œil fait des mouvements, ou plus fréquemment immobiles au voisinage de l'équateur de l'œil, simulant tout à fait dans certains cas une portion de la rétine décollée; l'erreur, dans ces cas, peut d'autant plus être commise que les malades n'ont pas la sensation lumineuse en ce point (Kramsztyk). Ces exsudats inflammatoires se disposent parfois en forme de cordons pourvus d'un pied implanté sur la région ciliaire, et d'une tête de laquelle émergent d'autres filaments; le corps du filament flotte en plein corps vitré. Enfin il est des cas signalés par Blessig où les opacités du vitré sont blanchâtres, volumineuses, réfléchissant fortement la lumière, ayant l'aspect de tissu cellulaire. Ces opacités de forme si spéciale et pathognomoniques pour cet auteur ne se rencontraient que dans les vieilles irido-choroïdites post-typhiques; elles simulaient à un examen rapide un cysticerque intra-oculaire.

Nous devons ajouter pour en finir avec ces opacités du vitré qu'en général elles débutent par de petits flocons libres et flottants, qui s'agglomèrent et forment les tractus que nous venons de décrire.

Le fond de l'œil à cette période est le plus souvent inéclairable. Quand on peut apercevoir la pupille et la rétine

on n'y reconnaît aucune lésion appréciable. Les plaques d'atrophie choroïdienne signalées par quelques auteurs semblent avoir une existence antérieure à l'affection, et sont le plus souvent des lésions myopiques anciennes. Nous devons signaler enfin le décollement de la rétine constaté par Blessig à la période atrophique.

Enfin l'appareil cristallinien lui-même peut être touché. C'est ainsi qu'on a observé le développement de cataractes polaires postérieures à la suite de la fièvre récurrente ; la cataracte finirait même, au dire de Jacobson, par envahir tout le cristallin. Ce sont là plutôt des complications que des symptômes proprement dits de l'irido-choroïdite post-fébrile.

Nous devons ajouter pour en finir avec cette symptomatologie que le tonus oculaire est le plus souvent diminué. Dans certaines irido-choroïdites anciennes pourtant il est augmenté ; cela s'observe sur ces yeux remplis d'exsudats plastiques dans lesquels l'angle irido-cornéen est oblitéré.

Signalons en outre un symptôme sur lequel insistent à juste titre Jacobson et Logetschnikow, nous voulons parler de la parésie du muscle de l'accommodation. Nous avons vu plus haut les causes de cette paralysie.

CHAPITRE VII

Marche. — Durée.

Wallace avait décrit deux périodes dans cette affection, la première amaurotique et la seconde inflammatoire. « Pendant la première période, dit-il, il n'existe que des symptômes amaurotiques ; dans la seconde, aux symptômes amaurotiques viennent s'ajouter des symptômes inflammatoires. Le temps pendant lequel durent les premiers, avant que viennent s'y ajouter de la rougeur à l'extérieur de l'œil ou des signes apparents d'inflammation, est extrêmement variable, de même que l'époque des symptômes amaurotiques après la fièvre. Assez souvent ces derniers tels qu'un léger obscurcissement de la vision, avec mouches volantes, se sont montrés au début ou même avant le début de la convalescence de la fièvre et cependant il s'écoule des semaines ou même des mois avant l'apparition de la période inflammatoire. Une chose à remarquer, c'est que je n'ai point rencontré un seul cas dans lequel je n'aie constaté que des symptômes amaurotiques plus ou moins prononcés aient précédé les symptômes inflammatoires. C'est là en effet un des caractères les plus saillants de la maladie. Il est bon de faire observer aussi que la même distinction entre les symptômes se manifeste également lorsqu'il survient une amélioration, constamment les symptômes inflammatoires disparaissent plus ou moins longtemps

avant les symptômes amaurotiques et souvent avant que la gravité de ceux-ci n'ait diminué. »

Mackensie souscrit de tous points à l'opinion de Wallace. Avec les auteurs modernes, depuis l'usage de l'ophtalmoscope, il vaut mieux reconnaître à l'affection les deux périodes suivantes : 1^o période des accidents aigus ; 2^o période des accidents chroniques.

1^o PÉRIODE AIGUE. — C'est la période du début, des accidents inflammatoires et de réaction du globe oculaire.

Nous l'avons étudié plus haut ; les accidents aigus rétrocedent plus ou moins d'ordinaire promptement et facilement (Kramsztyk).

2^o PÉRIODE CHRONIQUE. — C'est celle des lésions exsudatives à leur maximum ; c'est la vraie période ophtalmoscopique.

Le processus exsudatoire est lent et dure ordinairement longtemps. Les produits s'amassent lentement dans les chambres oculaires, surtout dans le corps vitré (Kramsztyk). Aussi la marche de l'affection est-elle le plus souvent chronique ; il se passe fréquemment des semaines, et même des mois avant qu'elle ne parvienne à son terme (Logetschnikow).

Ces considérations nous expliquent suffisamment la durée de la maladie qu'on peut assez approximativement, avec Mackensie et Blessig, fixer de 4 à 8 semaines. Il faut toutefois signaler que ce n'est là qu'un terme moyen, car il est des cas rebelles qui n'arrivent à céder à l'atrophie et aux compresses chaudes qu'avec une lenteur désespérante.

CHAPITRE VIII

Terminaisons. — Complications.

La terminaison la plus fréquente de l'irido-choroïdite post-fébrile est la *guérison*.

« Malgré des symptômes si pénibles et si inquiétants, dit Kramsztyk, tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer ont eu une terminaison favorable, si bien que ce processus morbide se présente en somme comme une maladie bénigne ». C'est là l'opinion de presque tous les ophtalmologistes.

Le sôpacités du corps vitré rétrogradent progressivement, se réduisent ; les synéchies iriennes postérieures sous l'influence de l'atropine, surtout chez les jeunes sujets (Mackensie), cèdent à l'action de l'atropine, l'acuité visuelle tombée souvent jusqu'aux $3/10$, $1/10$ se relève et atteint un degré plus ou moins voisin de la normale.

Il ne faut pourtant pas trop embellir ce tableau. Il est des cas en effet qui aboutissent à *la perte de la vision* de l'œil atteint, et cela à un degré plus ou moins élevé.

« Traitée en effet avec négligence, dit Mackensie, cette affection laisse après elle des synéchies postérieures, des mouches volantes et d'autres traces irrémédiables ». Le pronostic est encore plus sombre dans ce cas lorsque les deux yeux ont été successivement atteints, ce que nous avons retrouvé dans plusieurs observations.

Ajoutons à cela qu'il survient parfois des *complications*. Nous les avons notées pour la plupart.

Du côté de la cornée on trouve exceptionnellement une ou plusieurs ulcérations qui peuvent aboutir à la perforation de cette membrane et secondairement à l'atrophie du globe.

Du côté du système irien l'occlusion pupillaire avec cataracte capsulaire et cécité consécutive s'observe également; Logetschnikow, Blessig en ont signalé des cas.

La rétine elle-même est souvent touchée; le décollement de cette membrane a été observé par Blessig, Estlander.

Il n'est point jusqu'au nerf optique qui ne puisse être pris; les cas d'amblyopie subite rapportés par Wallace, Mackensie semblent se rattacher à ce fait.

Il est enfin des cas d'une extrême gravité dans d'autres types de cette irido-choroïdite, qu'il nous reste à décrire.

CHAPITRE IX

Formes. — Pronostic.

Nous avons pris comme type de notre étude la forme classique de l'irido-choroïdite post-typhique, la *forme plastique* ou exsudative.

A côté de celle-ci s'en trouve une autre bien moins fréquente il est vrai, mais sur laquelle on doit compter : c'est la *forme suppurée*. Il n'est point extrêmement rare en effet de voir survenir dans l'irido-choroïdite un hypopyon et des ulcérations de la cornée, qui ont entraîné dans plusieurs observations la fonte oculaire et conséquemment la cécité absolue.

Un autre type de cette affection est la *forme glaucomateuse*, mal dénommée par plusieurs auteurs sous le nom d'irido-choroïdite séreuse. Il ne s'agit point en effet ici de choroïdite séreuse, mais tout simplement d'un glaucome consécutif à une soudure de l'angle irido-cornéen par des exsudats plastiques. Le glaucome est seulement un symptôme ou mieux un complexe symptomatique qui vient compliquer l'irido-choroïdite plastique et qui en est une des plus graves complications ; il aboutit à l'excavation de la papille et à une amblyopie incurable.

Les formes et les complications que nous venons d'étudier montrent assez quel est le *pronostic* de l'irido-choroïdite post-typhique.

Elle présente en effet un pronostic bénin dans la majorité des cas ; mais il faut reconnaître qu'elle laisse souvent dans l'appareil optique des lésions qui, quand elles n'entraînent point la cécité, entraînent tout au moins une diminution de l'acuité visuelle souvent extrême.

Ajoutons que, d'après Mackensie, le pronostic est meilleur chez les sujets jeunes que chez les adultes et qu'il varie énormément suivant la gravité même des épidémies de typhus récurrent. Ceci nous amène tout naturellement à faire remarquer qu'il est, là comme ailleurs, une question de terrain et une question de virulence de microbe : le spirochète d'Obermeier se comporte comme ses congénères vis-à-vis des différents organismes qu'il atteint.

CHAPITRE X

Diagnostic.

Le diagnostic de l'irido-choroïdite post-typhique est généralement facile.

Si l'on joint aux commémoratifs, les symptômes si uniformes de l'affection (Kramsztyk), on comprendra qu'on sera tout de suite renseigné sur la nature des accidents oculaires.

Le plus souvent, en effet, on est dans un pays infecté par le typhus récurrent (Angleterre, Irlande, Russie, Indes), en pleine épidémie de fièvre récurrente, et alors tout ophthalmologiste devra se méfier des complications irido-choroïdiennes. Dans les pays où le typhus récurrent est exceptionnel, comme en France, le clinicien sera guidé non plus par les anamnésiques, mais par l'examen ophtalmoscopique. Nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau.

Cependant cet examen ophtalmoscopique peut donner lieu à des erreurs quand il est mal interprété.

C'est ainsi qu'on pourrait confondre d'après Blessig des exsudats rétro-cristalliniens avec *un cysticerque* développé dans le corps vitré. Un examen attentif montrera toutefois que le déplacement de ce cysticerque ne ressemble en rien au flottement des flocons ou des filaments de l'irido-choroïdite plastique.

De même un magma fibrineux pourrait simuler un dé-

collement de la rétine(Kramsztyk). L'ophtalmoscope montrera qu'on ne trouve point à la surface de ces exsudats des vaisseaux tortueux, pathognomoniques du décollement.

En l'absence de l'examen du fond de l'œil, et par l'examen direct seul, il n'est guère d'affections avec lesquelles on puisse confondre l'irido-choroïdite post-typhique.

Wallace, au dire de Mackensie, pense que cette affection ressemble tant à l'*iritis syphilitique*, qu'à moins d'en connaître exactement les antécédents il est impossible de les distinguer l'une de l'autre. L'absence du cercle jaune-rougeâtre du pourtour de la pupille, et celle de granulomes sur l'iris, dans l'ophtalmitis post-fébrile, serviront à les faire distinguer.

« Quelquefois, dit Mackensie, l'affection qui nous occupe ressemble beaucoup à l'*ophtalmie catarrho-rhumatisme*. Cependant je n'ai jamais dans ce cas observé l'onyx qui se montre si fréquemment dans la dernière de ces deux maladies. J'ai vu une fois une portion considérable de l'épithélium de la cornée s'exfolier, mais jamais l'ulcération du tissu propre de la cornée, si caractéristique dans l'ophtalmie catarrho-rhumatisme ».

La confusion avec l'*ophtalmie sympathique*, signalée par Mackensie, nous semble difficile. Les accidents de l'œil du côté opposé sont exceptionnels dans l'irido-choroïdite d'origine récurrente.

Il restera à faire le diagnostic de la variété et des complications qui peuvent survenir dans cette affection.

CHAPITRE XI

Traitement.

Avant d'aborder l'étude proprement dite du traitement, il est quelques considérations générales posées par Kramsztyk, que nous devons rapporter ici.

Cet ophthalmologiste fait remarquer à juste titre, qu'au point de vue du traitement les maladies des tissus profonds de l'œil se trouvent dans de tout autres conditions que les maladies des parties superficielles de l'organe de la vision, que le médecin rencontre habituellement. Il n'y a pas d'accès immédiat pour les remèdes lors de lésions profondes ; une seule voie y conduit, celle du sang. L'oculiste se trouve donc obligé d'administrer en grande quantité des remèdes qui doivent agir sur l'organisme tout entier, afin qu'une part en arrive à l'organe malade et puisse produire l'effet désiré. Il est cependant quelques rares médications qui agissent localement. Nous les étudierons successivement.

1° TRAITEMENT LOCAL. — Au premier rang se trouvent les instillations d'*atropine* dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil atteint. La dilatation de la pupille, qui a pour but de rompre les synéchies iriennes, constitue au dire de Mackensie un point essentiel du traitement. Il l'obtenait en peignant, soir et matin, les paupières et le sourcil avec de

l'extrait mou de belladone, dont le malade avait soin d'entretenir l'activité en humectant de temps en temps les parties avec son doigt trempé dans l'eau.

L'action de *la chaleur* sous forme de compresses chaudes est recommandée par tous les ophthalmologistes. Elle active la résorption des exsudats.

Les *déplétifs* (sangsues, ventouses scarifiées à la tempe) rendent de grands services surtout au début lors des accidents inflammatoires.

Il en est de même des *révulsifs* (vésicatoires à la tempe et derrière l'oreille) déjà signalés par Mackensie, auquel ils avaient donné des succès, en aidant à faire disparaître la douleur, et en diminuant les poussées inflammatoires.

Les purgatifs et la saignée très en vogue autrefois ont perdu de leur ancien prestige.

2° TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Les *mercuriaux* agiront autant localement qu'autrement. Le calomel administré à l'intérieur par Jacob, Hewson et Mackensie constituait pour eux un des meilleurs moyens. Aujourd'hui on tend à lui substituer plus volontiers les frictions mercurielles ou encore les injections intra-musculaires des sels solubles de mercure (biiodure, etc.).

Le biiodure nous semble d'autant plus indiqué que les *iodures* en général, et l'iodure de potassium notamment, agissent avec efficacité contre les exsudats dans la période chronique de l'affection.

On n'oubliera pas pendant tout le cours de la maladie de soutenir le patient avec un traitement intensif par les *toniques* ; Mackensie préconisait déjà le quinquina ; nous y ajouterons l'arsenic.

Signalons pour terminer que quelques auteurs ont cru activer la résorption des produits inflammatoires par des injections hypodermiques de *pilocarpine*.

Les complications donneront lieu à des médications spéciales sur lesquelles nous ne pouvons insister.

OBSERVATIONS

Obs. I (Inédite, personnelle).

A la fin de février 1881, M. Metchnikoff s'inocula la fièvre récurrente par égratignure et à deux reprises, le sang qui avait servi à la première inoculation n'ayant pas montré de spirilles à l'examen microscopique.

Sans aucun phénomène local la fièvre éclata cinq jours après la dernière inoculation.

La maladie évolua classiquement, c'est-à-dire qu'après 4 à 5 jours de fièvre élevée survint une période d'apyrexie de 5 jours, suivie elle-même d'une deuxième période fébrile (récurrence) dans laquelle la température monta à plus de 41°, sans malaise, ni perte d'appétit, ni sensations pénibles d'aucune sorte, alors que la première attaque fébrile avec une température moindre, s'était accompagnée d'un malaise général intense.

Le retour à la santé était complet vers la fin de mars. Etant sorti dans les premiers jours d'avril M. Metchnikoff constata la présence devant l'œil gauche d'un scotome positif, sous forme de tache noire, se déplaçant dans les mouvements de l'œil.

Le lendemain cet œil gauche, le meilleur jusque-là, l'autre étant un peu plus myope, fut le siège de douleurs vives ; une injection périkeratique se dessina ; tous les objets étaient vus comme à travers un léger brouillard.

Le trouble augmenta pendant huit jours, et au bout de ce temps la vision était obscurcie au point de ne pas permettre de distinguer à quelques pas un homme d'une femme.

Un médecin, consulté, put affirmer que la guérison complète serait obtenue en une quinzaine de jours, que d'après son expérience dans les pays à typhus récurrent une restitution intégrale de la vision était

toujours la règle, en l'absence de complications. Il fit borner le traitement à des applications de cataplasmes, prescrivant en même temps des injections sous-cutanées de pilocarpine.

L'affection oculaire dura en tout un mois ; au bout de ce temps la pupille réagissait mieux aux instillations d'atropine, l'acuité visuelle était redevenue normale, malgré un léger degré d'iritis persistant et une petite ulcération cornéenne que démontre maintenant encore un petit néphélon.

Aujourd'hui les traces de cette irido-choroïdite expérimentale datant de 15 ans sont très minimales. À part la petite taie cornéenne dont nous avons parlé, il n'existe aucun symptôme d'iritis. Le fond de l'œil, la choroïde et la papille sont intactes. La myopie ancienne seule persiste bien qu'il n'existât pas de staphylome postérieur.

Il s'agit en somme dans cette observation d'un cas d'irido-choroïdite légère consécutive à une fièvre récurrente d'origine expérimentale.

Obs. II. — *Choroïdite consécutive à la fièvre typhoïde récurrente.* —

ESTLANDER, J. A. *Arch. f. Ophth.*, 1869, XV, 2 Hft, p. 112.

J... Wilhem, ouvrier, 45 ans, admis à l'hôpital le 20 février 1869, congédié le 17 mars.

Vers le milieu du mois de janvier, le patient contracta la fièvre récurrente. Lorsque le 15 février il fut obligé de quitter, faute de place, le lazareth des fiévreux où il avait été traité, il tenta le soir de lire chez lui ; il constata alors qu'il ne pouvait le faire qu'avec difficulté et qu'il ne pouvait distinguer que les plus grosses lettres ; il crut que la faute en était à ses lunettes. Le lendemain, il renouvela sa tentative, mais il vit encore moins, car le champ visuel de l'œil droit était comme voilé d'un épais brouillard ; il dut donc se résigner. Le brouillard ne disparut point, au contraire, il se modifia en ce sens qu'il paraissait déchiré çà et là. C'est pour cela que ce malade vint à notre consultation.

À l'examen, on ne constate pas de symptômes d'iritis ; le globe oculaire avait sa tension normale ; mais une opacité égale, située dans le corps vitré, gênait pour l'examen du fond de l'œil ; la papille toutefois était encore perceptible, mais assez indistinctement ; l'opacité était à

son maximum dans la région équatoriale, dans les directions inférieure et supérieure. Le patient pouvait compter les doigts mais il ne pouvait lire le n° 20 de l'échelle de Jøger.

Je lui prescrivis du sulfate de quinine et des ferrugineux, de temps à autre une instillation d'atropine. Ce traitement fut continué pendant tout le séjour du patient à l'hôpital.

A l'examen du 3 mars, on constate que l'opacité uniforme du début siégeant dans le corps vitré s'était divisée en légers flocons qui ressemblaient à du mucus flottant dans de l'eau ; la papille apparaissait d'une manière plus distincte et le patient déclara que le brouillard s'était dissipé et qu'il voyait mieux ; il lisait assez bien le n° 20 de Jøger.

Quand il quitta l'hôpital 15 jours plus tard il lisait avec un verre convexe n° 16 le n° 7 de Jøger, c'est-à-dire qu'il lisait aussi bien les mêmes caractères qu'avant d'avoir été malade ; on ne put découvrir rien d'anormal dans le corps vitré ni dans le fond de l'œil.

Obs. III. — *Choroïdite consécutive à la fièvre récurrente.* — ESTLANDER, *J. A. Arch. f. Opth.*, 1869, XV, 2 Hft, p. 117.

E. Stigell, domestique, 35 ans, admise le 26 février, congédiée le 24 mars 1869.

Elle contracta la fièvre récurrente vers le milieu de juin et se rétablit vers le milieu de septembre. A la fin de ce mois se déclarèrent de violents maux de tête, et bientôt après l'œil gauche commença à se troubler ; peu de temps après s'y ajouta de la rougeur et l'œil devint si malade qu'elle ne put plus l'ouvrir. Un peu avant Noël, la malade avait remarqué que la paupière supérieure commençait à tomber ; son œil gauche devenait plus mou et plus petit que l'autre.

A l'examen c'était le type de la phtisie oculaire ; sur la cornée il existait une taie cicatricielle récente. La conjonctive du bulbe était fortement injectée et le globe était douloureux au contact. La malade accusait de violentes douleurs au niveau de celui-ci et au pourtour. L'œil droit était si photophobe qu'on ne put arriver qu'avec peine à constater l'absence d'opacités dans le corps vitré. La malade se plaignait aussi d'une très vive douleur qu'elle y ressentait de temps à autre. Comme

il n'y avait pas d'opacité du corps vitré dans l'œil droit, on pouvait croire que la photophobie et la douleur étaient dues à l'irritation sympathique partant de l'autre œil, et c'est pourquoi le 4 mars on pratiqua l'énucléation de l'œil droit suivant la méthode de Bonnet et on plaça la malade, sans la traiter autrement, dans une pièce obscure.

Dès le lendemain, elle déclara que la douleur avait diminué considérablement, et peu de jours après la photophobie avait disparu au point que la malade pouvait supporter le jour d'une pièce éclairée modérément sans en souffrir le moins du monde. L'état de l'œil, sans qu'il fût besoin d'autre traitement, s'améliora au point que la malade put être congédiée guérie.

L'œil extirpé aussitôt après l'opération fut coupé en deux par une section passant au milieu de la cornée. Une moitié fut mise dans une solution de bichromate de potasse, l'autre fut examinée immédiatement. On trouva parfaitement saines les parties postérieures de l'œil, à l'exception du corps vitré ; les altérations morbides portaient surtout sur les parties antérieures, la capsule cristallinienne postérieure, le corps ciliaire, l'iris et la cornée. La lentille manquait, la chambre antérieure était oblitérée et l'iris transformé en un tissu calleux épais qui avait soudé ensemble la capsule du cristallin et la cornée. L'examen plus approfondi des diverses parties révéla les lésions suivantes :

Corps vitré. — A la section de l'œil, on constatait qu'une partie du corps vitré de couleur jaune-rouge pâle et liquide comme de l'eau s'en écoula. Ce qui en restait présentait, après son extraction à la pince et à l'examen direct, des opacités qui étaient absolument semblables à celles qu'on observe dans les examens ophtalmoscopiques. Le microscope révéla que ces opacités étaient des compositions de cellules ordinaires du vitré, d'une foule de leucocytes, de filaments fins de formes diverses et d'une masse homogène finement granulée. Outre cela se montraient çà et là des cellules épithéliales plates à grands noyaux. Les altérations mentionnées étaient le plus prononcées dans la région de la capsule postérieure du cristallin, où l'hyaloïde était recouverte par une couche épaisse d'exsudats gris blanchâtres.

Rétine. — La membrane adhérait partout à la choroïde. Les vaisseaux sanguins pouvaient se voir à l'œil nu jusqu'à l'ora serrata. Dans la par-

tie postérieure de la rétine, l'examen microscopique ne put révéler rien d'anormal. Dans la partie antérieure, au contraire, qui était fondue avec le corps ciliaire et la zonula de Zinn, de façon à former une masse, on constata des cellules rondes, finement granulées et qui ressemblaient à des corpuscules du pus.

Choroïde et sclérotique. — La choroïde était fixée à la sclérotique de la manière ordinaire ; bien qu'on eut porté toute l'attention possible sur l'existence de thromboses dans la couche chorio-capillaire, on ne put découvrir d'altérations morbides ni ici, ni dans le stroma de la choroïde, ni dans les cellules de celle-ci. Le corps ciliaire au contraire était transformé en un tissu calleux qui se composait principalement de tissu conjonctif, avec une grande quantité de cellules finement granulées ressemblant à des corpuscules de pus ; plus à l'intérieur, vers le milieu de l'œil se trouvaient aussi des cellules pigmentées et des grains également pigmentés.

Iris et cornée. — On ne trouvait plus traces du cristallin, mais l'iris transformé en une masse calleuse remplissait l'espace compris entre la capsule du cristallin et la cornée ; cette masse adhérait par sa partie postérieure à cette membrane, mais elle ne pouvait facilement en être détachée à l'exception de l'endroit où l'iris était soudé à la face postérieure de la cornée. Dans cette masse calleuse se trouvaient les maigres restes de la texture normale de l'iris, à l'exception toutefois du pigment qui était considérablement augmenté dans la partie postérieure adjacente à la capsule du cristallin. Dans la partie antérieure où il n'y avait pas de pigment, se présentait en certains points le commencement d'une métamorphose adipeuse. Au reste, la masse calleuse se composait du même tissu que les restes du corps ciliaire. Toute la cornée était traversée par de nombreux vaisseaux sanguins, allant de la périphérie au centre de celle-ci.

OBS. IV. — *Irido-choroïdite post-fébrile.* — KRAMSZTYK Z., *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2^e sér., II, p. 85.

Le 17 août 1881 j'ai été appelé à donner mes soins à une jeune fille de 20 ans, Mlle G..., qui venait d'éprouver des douleurs oculaires à la suite d'un accès récent de fièvre récurrente.

Mlle G... a deux sœurs dont l'une était partie en province vers la fin de juin et toutes trois furent atteintes simultanément du typhus le 3 juillet. Toutes elles eurent les mêmes accès de fièvre récurrente, commençant et se terminant le même jour bien qu'elles fussent séparées, l'une étant en province et les deux autres à Varsovie. La maladie avait duré cinq semaines.

Quoique 15 jours se fussent écoulés depuis la disparition de la fièvre, je trouvai la malade au lit, très affaiblie, ne parlant que difficilement à cause d'une parésie des cordes vocales.

Je constatai à l'œil gauche une légère dilatation des vaisseaux périphériques ; la pupille était contractée. La malade se plaignait d'une douleur sourde siégeant à la région temporale gauche.

Reconnaissant chez elle une légère inflammation de l'iris, j'ordonnai des instillations d'atropine et des compresses chaudes sur l'œil malade. C'était la première fois que je voyais une affection oculaire succédant à une fièvre récurrente. Ce jour-là je ne pus faire l'examen du fond de l'œil à cause du grand affaiblissement dans lequel se trouvait la malade et des difficultés opératoires.

Le 20 août, c'est-à-dire trois jours plus tard, je revins voir la malade. Elle se plaignait d'un trouble de la vue plus pénible encore que les douleurs ; elle ne voyait les objets qu'à travers un brouillard. J'aurais pu penser que ce n'était qu'un symptôme provoqué par la dilatation pupillaire, modérée du reste, mais la malade affirmait positivement que le brouillard existait pour les deux yeux. Je fis tout disposer pour l'examen ophtalmoscopique lors de ma prochaine visite ; je prescrivis en attendant, outre les instillations d'atropine et les compresses chaudes, des frictions d'onguent napolitain belladonné sur le front et sur les tempes.

Le 26 août nouvelle visite ; la malade se sentait beaucoup plus mal, voyait très indistinctement et était fort alarmée de son état. Je n'ai pas examiné assez exactement l'acuité visuelle, en tout cas elle était très diminuée puisque la malade ne pouvait distinguer que de très grandes lettres comme les grands caractères des titres des journaux, et cela à une faible distance. L'œil droit était de plus, au dire de la patiente, le plus fortement atteint.

A l'ophthalmoscope je trouvai tout d'abord de gros flocons oscillants, puis une opacité en nappe qui me permit à peine de distinguer les contours de la papille et les vaisseaux du centre de la rétine. Le fond de l'œil ne présentait, autant qu'on pouvait en juger, aucun changement appréciable. En recommandant à la malade de regarder tout en bas, afin d'éclairer la partie supérieure de l'œil droit, l'ophthalmoscope me montra, au lieu de la couleur rouge habituelle du fond de l'œil, une surface vert pâle qui avait tout à fait l'aspect d'un décollement partiel de la rétine. Je ne pouvais discerner à la vérité ni les plis de la rétine, ni les vaisseaux, mais ces détails devaient m'échapper dans tous les cas à cause de l'opacité survenue dans les milieux transparents. A la partie inférieure et interne, le champ ophtalmoscopique était à peu près libre. L'œil était insensible à la lumière projetée.

Mettant de côté tous les remèdes employés jusqu'ici, j'ordonnai sur chaque tempe à deux jours d'intervalle l'application d'une sangsue artificielle d'Heurteloup. La chambre où reposait la malade fut maintenue dans l'obscurité. L'état de la patiente ne permettait pas un traitement plus énergique ; je ne connaissais pas du reste le cours que suit d'ordinaire cette maladie.

La vision ne s'améliora pas du tout pendant les jours suivants et la malade ne reprenait que très lentement ses forces. Le 1^{er} septembre après une consultation avec deux de mes confrères, je conseillai à la malade de partir à la campagne pour la changer d'air ; je lui prescrivis l'arsenic, des instillations d'atropine et des verres fumés. Malgré la saison avancée, la malade se conforma à mes avis et se rendit le surlendemain dans les environs de Varsovie. Je n'allai la voir à la campagne qu'au bout de 3 semaines, le 21 septembre. Son état général était infiniment meilleur, et je trouvai l'amélioration de la vue très sensible. A l'ophthalmoscope je constatai aussi un changement aussi distinct que favorable. Le corps vitré était moins trouble, mais la petite circonférence de l'iris était manifestement adhérente du côté supéro-interne à la capsule cristallinienne ; on n'avait pas instillé d'atropine pendant toute cette période.

Je n'eus l'occasion de revoir la malade qu'à son retour à Varsovie le 15 novembre ; elle se considérait comme totalement guérie. L'acuité

visuelle était presque égale aux $\frac{2}{3}$ de l'acuité normale. On ne percevait plus dans le vitré que quelques petits flocons, et les papilles étaient redevenues visibles dans tous leurs détails. Pour avoir un terme de comparaison j'examinai les yeux tout à fait sains de la sœur cadette de la malade, je trouvai chez celle-ci pourtant, quant à la netteté et au brillant, une notable différence entre les papilles optiques des deux sœurs.

OBS. V. — *Iritis avec hypopyon post-typhique*. — KRAMSZTYK Z.,
Gaz. lek. Warszawa, 1882, 2 s., t. II, p. III.

Une jeune servante du nom de X... Augustine, d'environ 17 ans, vient à ma polyclinique quelques jours après ma première visite chez la précédente malade. Je constatai chez elle une iritis et un hypopyon de l'œil droit.

Interrogée elle me répondit qu'elle avait eu quelques semaines auparavant la fièvre récurrente, sans toutefois établir une corrélation entre cette maladie et l'état actuel de son œil.

Je lui prescrivis alors de l'atropine et des cataplasmes de farine de lin, en lui recommandant de venir me voir. Elle ne se conforma pas à mon conseil et je ne la revis plus. Ces deux cas d'une maladie que je ne connaissais pas du tout auparavant, se présentant ainsi presque simultanément à moi, éveillèrent mon intérêt et je désirais qu'une occasion me fût donnée d'en faire une observation plus précise surtout à l'hôpital. Le sort a coutume d'être favorable à d'aussi modestes désirs ; je n'eus pas longtemps à attendre pour réaliser le mien.

OBS. VI. — *Irido-choroïdite plastique post-typhique*. — KRAMSZTYK Z.,
Gaz. lek. Warszawa, 1882, 2 s., t. II, p. 111.

Un jeune homme de 18 ans, le nommé Samuel, de Wegrois, entra le 19 septembre à l'hôpital israélite, dans le service des yeux.

Il avait eu en juin, à 3 jours d'intervalle, deux accès de fièvre récurrente dont chacun avait duré 5 jours. L'affection oculaire s'était manifestée 4 semaines après le dernier accès. Le malade vit peu à peu sa vue se brouiller et cet état empirant il fut forcé d'entrer à l'hôpital.

L'œil malade, c'est-à-dire l'œil gauche, présente les lésions suivantes. Les vaisseaux péricératiques sont injectés, l'humeur aqueuse est un peu trouble ; il existe un peu de pus dans la chambre antérieure. L'iris, bleuâtre dans l'autre œil, a dans celui-ci une teinte rougeâtre ; son tissu n'est pas clairement visible. La pupille presque complètement dilatée par suite d'une instillation préalable d'atropine permet de voir à l'ophthalmoscope que les milieux oculaires sont troubles ; dans le corps vitré flottent çà et là des dépôts en forme de flocons. La couleur rouge du fond de l'œil apparaît indistinctement comme sale ; la papille optique est à peine visible. A la périphérie du fond de l'œil, j'aperçois dans le bas une coloration verdâtre qu'on aurait dit causée par un décollement de la rétine ; cette place est tout à fait insensible à l'action de la lumière. L'acuité visuelle est égale à $1/20$. Le malade ne distingue que la plus grande lettre du tableau de Snellen et cela à l'aide d'une lentille concave de $1/24$.

L'œil droit est sain. Myopie de $1/24$. L'acuité visuelle est normale.

Je prescris au malade des frictions d'onguent gris deux fois par jour, d'une demi-drachme à chaque friction.

Le 20 *septembre*. — La conjonctive est plus pâle, autour de la cornée ; j'aperçois un peu plus distinctement la papille du nerf optique.

Le 21. — Le pus a tout à fait disparu de la chambre antérieure. Dans le champ pupillaire dilaté au maximum se voient des filaments délicats en forme de toile d'araignée. Les milieux transparents sont moins troubles et l'exsudat verdâtre placé au bas derrière le cristallin apparaît plus distinctement. On peut apercevoir que ce produit se compose d'une substance verdâtre, uniforme, se prolongeant par en haut par un cordon renflé à son extrémité.

Le 24. — Tous les symptômes d'irritation ont disparu ; le malade lit la seconde ligne du tableau de Snellen ($V = 1/6$).

Le 26. — Les milieux oculaires sont de plus en plus transparents ; on aperçoit distinctement la papille du nerf optique ; on peut distinguer la forme en étoile du gros bout du ligament membraniforme. Le malade lit la troisième ligne du tableau de Snellen ($V = 2/7$).

Le 29 *septembre* le produit verdâtre a diminué. On voit distinctement que son prolongement en forme de ligament et l'extrémité renflée de

celui-ci ne se trouvent pas sur la rétine, comme on l'eut dit auparavant, mais flottent dans le corps vitré. On peut les apercevoir à l'éclairage latéral et dans ce dernier cas ils paraissent gris tandis qu'à l'ophthalmoscope ils ont la nuance vert-pâle des feuilles nouvelles. La partie inférieure de l'œil est sensible à la lumière.

Le malade fut renvoyé le 5 octobre ; les centres réfracteurs étaient beaucoup plus nets ; on n'apercevait plus de flocons en suspension ; le produit verdâtre avait sensiblement diminué bien que la papille restât indistincte. A l'aide d'un verre concave de $1/15$, le malade lisait les quatre premières lignes du tableau de Snellen ($V = 2/5$). Le malade avait passé 20 jours à l'hôpital et fait 24 frictions d'onguent gris.

OBS. VII. — *Irido-choroïdite plastique, post-typhique.* — KRAMSZTYK
Z., *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2 s., t. II, p. III.

Lucie P..., âgée de 30 ans, blanchisseuse de l'hôpital israélite, vint le 23 septembre à la consultation du dispensaire pour une douleur à l'œil gauche.

Les vaisseaux profonds de la conjonctive sont injectés autour de la cornée ; l'iris enflammé est soudé en quelques endroits à la capsule du cristallin, si bien que la pupille a une forme irrégulière. Les milieux réfracteurs sont troubles. La papille optique apparaît indistincte. La malade se plaint d'une vive douleur à la pression du doigt sur le globe à la hauteur du corps ciliaire ; la tension du globe est normale. L'acuité visuelle égale $2/7$.

J'apprends en interrogeant la malade qu'elle a séjourné à l'hôpital en août dernier pour une fièvre récurrente dont elle a eu deux accès. Elle était tout à fait revenue à la santé lorsqu'elle souffrit pour la première fois de l'œil, il y a quelques jours seulement.

Je prescrivis quatre sangsues au niveau de l'oreille, du côté malade, des instillations fréquentes d'atropine et des compresses chaudes de temps en temps.

Le 23 septembre. La malade se sent beaucoup mieux ; les synéchies postérieures sont rompues ; la pupille est ronde et dilatée ; le cercle périkératique avait disparu. La malade ne ressent plus aucune douleur à la pression du corps ciliaire.

La malade ne revint plus me voir que très rarement, elle sentait bien qu'elle était guérie. Je la fis seulement venir 2 ou 3 fois dans mon service afin d'examiner son état.

Le 6 octobre elle avait déjà recouvré l'acuité visuelle normale, quoique le nerf optique ne se dessinât pas encore bien distinctement à l'examen ophtalmoscopique.

Le 5 novembre elle avait encore quelquefois de petites mouches volantes, de petits flocons dans le vitré. La papille apparaissait distinctement, mais en la comparant à celle du côté opposé on pouvait se convaincre que ses contours étaient encore peu nets.

OBS. VIII. — *Irido-choroïdite plastique post-fébrile.* — KRAMSZTYK Z., *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2 s., t. II, p. 112.

H. C..., de Wyszogood, âgé de 32 ans, à la fois marchand et instituteur, a été pris de la fièvre récurrente dans la seconde moitié du mois de mai de l'année dernière. Trois accès se sont succédé dans l'espace de trois semaines.

Il a commencé à souffrir de l'œil gauche un mois après le dernier accès, vers la fin de juillet. La maladie s'est manifestée par un affaiblissement graduel de la vision et une légère douleur.

Il est entré le 1^{er} novembre dans le service des yeux de l'hôpital israélite. A son entrée légère injection périkeratique de l'œil gauche ; la pupille est dilatée au maximum car on lui a déjà fait chez lui des instillations d'atropine. Le champ pupillaire a une apparence insolite, très trouble. Je remarque au fond de la chambre antérieure une petite quantité de substance blanche que je pris au premier moment pour du pus ; un examen plus attentif m'y démontra une consistance solide, car cet exsudat formait une dent vers le haut, tandis qu'un liquide aurait dû se terminer à sa partie supérieure par une ligne droite et horizontale. Impossibilité d'éclairer l'œil à l'ophtalmoscope. A l'éclairage latéral, on aperçoit une sorte d'opacification au pôle gauche de la lentille. Sur la capsule postérieure du côté du corps vitré semble posé un produit qui a la forme d'une étoile irrégulière ; cette étoile occupe toute la surface de la pupille ; elle est de couleur blanche et pure ; je remarque

au centre un gros anneau presque isolé de la circonférence duquel s'échappent quelques rayons larges et irréguliers qui se confondent entre eux. Entre ces rayons j'aperçois des interstices à travers lesquels transparait rougeâtre le fond de l'œil et se laissent voir dans le corps vitré de petits flocons blancs mobiles. Il est évident que le corps vitré devait être rempli de matière trouble, dont une partie amassée sur la face postérieure du cristallin y a formé un voile insolite. Le réflexe lumineux est conservé et l'œil peut encore assez bien distinguer la direction de la lumière ; le malade compte les doigts à cinq pouces de distance.

L'œil droit est très myope ($4\frac{1}{2}$) et son acuité visuelle est considérablement diminué ($\frac{2}{10}$) ; les contours de la papille sont invisibles ; autour de celle-ci j'aperçois dans la choroïde des foyers inflammatoires, d'origine évidemment ancienne.

Je prescris une friction quotidienne d'une demi-drachme d'onguent gris et pour l'œil gauche quatre instillations par jour d'atropine.

Le 4 novembre l'exsudat fibrineux de la chambre antérieure a tout à fait disparu. Le malade compte de l'œil gauche les doigts qu'on lui montre à 10 pouces de distance.

Le 6. — Le malade les compte à 15 pouces et discerne de près la plus grande lettre du tableau de Snellen. Le fond de l'œil se laisse voir beaucoup plus distinctement ; pourtant il ne peut encore reconnaître aucun détail.

Le 8. — Le dépôt rétro-cristallinien s'est éclairci ; je distingue beaucoup mieux les flocons mobiles du corps vitré. L'œil gauche voit un peu mieux. L'acuité visuelle de l'œil droit s'est élevée à $\frac{2}{7}$.

Le malade supportait très bien les frictions mercurielles ; après la douzième faite le 15 novembre il prit un bain après lequel on continua le même traitement. L'état des yeux s'améliorait visiblement avec une telle rapidité que je notai le 17 novembre l'état suivant : Il ne restait du produit sur la face postérieure de la lentille que l'anneau central d'un tissu beaucoup moins serré qu'auparavant ; on pouvait voir en outre à l'éclairage latéral des dépôts mobiles, quoique se rattachant sans doute à l'exsudat rétro-cristallinien. L'ophthalmoscope éclaire beaucoup mieux le fond de l'œil ; je distinguai pour la première fois

ce jour-là, mais encore voilée, la papille du nerf optique : dans ses alentours il existait quelques petites taches à moitié blanches, à moitié teintées de noir ; ces centres inflammatoires dispersés dans la choroïde s'y étaient développés évidemment depuis longtemps en raison de la myopie. Le malade compte de l'œil gauche les doigts même à l'extrémité de la chambre, et lit de près, quoiqu'avec quelque difficulté, le n° 15 des caractères de Jøger. Les verres concaves ne produisent aucun changement notable. L'acuité visuelle de l'œil droit égale $2/5$.

Le 27, après 24 frictions d'onguent, j'interrompis le traitement mercuriel. Une amélioration très sensible s'était produite pendant ces quatre semaines de traitement. L'œil gauche presque aveugle auparavant distinguait déjà à l'aide d'une lentille concave de $4\frac{1}{2}$ la plus grande lettre du tableau de Snellen : ($V = 2/20$) ; l'immense changement de l'image ophtalmoscopique donnait l'explication complète de cette amélioration. Eclairée, la pupille apparaissait maintenant rouge, brillante, quoique le fond rouge conservât encore beaucoup de taches sombres, en partie mobiles, en partie fixes ; j'aperçus assez distinctement la papille. A l'éclairage latéral je ne pouvais plus distinguer que l'anneau intérieur de l'étoile primitive dont le tissu était visiblement plus lâche.

Quelques jours après le malade fut atteint, probablement par contagion, d'une assez forte inflammation de la conjonctive, d'abord à l'œil droit, ensuite à l'œil gauche. Je cautérisai les conjonctives au nitrate d'argent, faisant poser de temps à autre sur les tempes des sangsues artificielles de Heurteloup. L'amélioration de la vue continuait toujours à faire de rapides progrès.

Le 3 décembre le malade lisait à l'aide de la même lentille trois lignes du tableau : $V = 2/7$. La papille est complètement visible, presque tout à fait nette. Beaucoup moins de flocons à l'éclairage latéral ; rien que les restes de la petite étoile qui va disparaissant.

Le 11. — L'acuité visuelle de l'œil droit égale $2/5$, celle de l'œil gauche $2/7$. L'image ophtalmoscopique est encore plus nette.

Ce fut dans cet état que le malade quitta l'hôpital le 18 décembre. Il revint encore une fois 8 jours après et je trouvai une amélioration de l'acuité visuelle de l'œil droit qui égalait $1/2$ de la normale, tandis qu'elle s'était arrêtée dans l'œil gauche à $2/7$. Les pupilles étant contractées

l'image ophtalmoscopique était presque la même pour les deux yeux et les flocons de l'œil gauche difficiles à saisir. Les modifications anciennes de la choroïde justifiaient à elles seules cet affaiblissement de l'acuité visuelle, qui éprouvera probablement encore d'ailleurs un changement favorable.

OBS. IX. — *Irido-choroïdite post-typhique*. — KRAMSZTYK Z., *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2 s., t. II, p. 115.

M... D., âgé de 36 ans, employé, natif de Nasielsk, a eu le typhus vers la mi-septembre. La maladie a duré deux semaines.

Quatre semaines après, atteint d'une affection oculaire, il se présenta le 7 novembre au dispensaire de l'hôpital israélite. Je lui conseillai d'entrer à l'hôpital et j'inscrivis par conséquent, sans l'examiner davantage, sur le registre du dispensaire : inflammation de l'iris et du corps ciliaire, hypopyon.

Cependant le malade ne vint pas dans notre service. Pour remplir quelques formalités, il dut faire un voyage chez lui et ne se présenta à l'hôpital que le 2 décembre. Il se sentait mieux ; la douleur avait tout à fait cessé ; seulement le malade voyait toujours mal de l'œil droit et de petits points sombres dansaient devant cet œil. L'œil ne présentait aucune irritation, ni vascularisation ; sous l'influence de l'atropine, la pupille s'est bien dilatée. La myopie des deux yeux est de 1/9. L'acuité visuelle de l'œil gauche est normale, celle de l'œil droit égale 2/7. En éclairant l'œil à l'ophtalmoscope, on voit dans le corps vitré de petits flocons ; un seul de ces flocons a de plus grandes dimensions et présente la forme d'un cordon renflé à chacune de ses extrémités ; quoique mobile ce flocon se maintient toujours dans la moitié inférieure de l'image ophtalmoscopique si bien qu'on ne l'aperçoit que lorsque l'œil examiné regarde en haut ; à l'extrémité inférieure du renflement de ce filament, on aperçoit d'autres filaments excessivement ténus qui pendent vers le bas ; quoique je ne pus les suivre dans toute leur longueur, il me semble que ces filaments s'inséraient au fond du globe oculaire et fixaient ainsi la position du flocon. Cet exsudat se trouve auprès de la lentille, ce qu'on peut reconnaître par les mouvements parallacti-

ques et par cette circonstance que le flocon devient visible à l'éclairage latéral. La papille optique apparaît très indistincte. J'injectai tous les jours au malade un milligramme de pilocarpine ; à chaque fois il transpirait abondamment.

Après deux injections, l'acuité visuelle s'était élevée à $\frac{2}{5}$ et l'image ophtalmoscopique paraissait plus nette.

Après six injections le 10 décembre, le malade éprouvait une amélioration sensible, voyait beaucoup mieux, ce que confirma un examen plus approfondi. L'acuité visuelle égalait déjà la moitié de la normale. La différence se montrait très visible à l'ophtalmoscope, la papille était plus nette, il y avait moins de flocons et le gros flocon inférieur sensiblement réduit paraissait transparent.

Je cessai les injections, recommandant d'employer en échange l'application d'une sangsue artificielle, répétée à quelques jours d'intervalle. Le malade quitta l'hôpital le 19 décembre, presque complètement guéri, car l'acuité visuelle était égale à 1 et si de petites mouches lui passaient encore devant les yeux, ce n'était plus ni en si grand nombre ni si importunément.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous devons tirer de cette étude sont les suivantes :

I. — Il se développe dans la convalescence ou mieux à la suite du typhus récurrent des accidents oculaires relevant d'une irido-choroïdite.

II. — Ces accidents sont dans la majorité des cas unilatéraux.

III. — Leur étiologie laisse encore à désirer ; nous ne connaissons presque rien des causes occasionnelles.

IV. — Le type anatomo-pathologique est une irido-choroïdite spécifique, infectieuse, de forme plastique.

V. — Au point de vue symptomatique ces lésions entraînent au début des accidents inflammatoires d'iritis auxquels font suite assez rapidement des troubles fonctionnels (abaissement de l'acuité visuelle, scotomes, mouches volantes) et des symptômes physiques (exsudats iriens et rétro-cristalliniens visibles à l'ophtalmoscope) dont la marche est chronique et la durée varie d'un à deux mois.

VI. — Le diagnostic est facile grâce aux commémoratifs.

Pour établir qu'il offre cependant parfois des difficultés il faut se rappeler qu'à l'exposition de 1889 quelques Annamites furent atteints de fièvre récurrente.

Le diagnostic n'en fut pas tout d'abord établi, justement à cause de la rareté exceptionnelle de cette maladie en France.

Ne serait-on pas exposé à la même hésitation dans le diagnostic en présence de cas de choréïdite dus à cette même affection ? Si rarement que le fait puisse se présenter, nous croyons qu'il n'aura peut-être pas été inutile de rappeler ce fait à la mémoire des ophtalmologistes français qui ne peuvent guère connaître cette affection que par les livres, de leur épargner le cas échéant des incertitudes dans le *diagnostic* et le *pronostic*.

VII. — L'atropine, les compresses chaudes, les injections mercurielles forment la base du traitement. A la période ultime on se trouvera bien des iodures et des toniques administrés à hautes doses.

Vu :

Le Président de la thèse,
PANAS.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Anderson A.** — *London and Edinburg Monthly med. Journal*, octobre 1843.
- Beust K. H.** — *Ueber Complication von typhus recurrens mit Delirium tremens*. Inaug. dissert., Greifswald, 1869.
- Berger E.** — *Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*. Paris, 1892, p. 322.
- Blessig.** — Observations sur l'irido-choroïdite qui suit la fièvre récurrente. *Compte rendu du Congrès international d'ophtalmologie*, 1867, 3^e session, 2^e Congrès de Paris.
- Cormack.** — *Natural history, pathology and treatment of the epidemic Fever*, Edinburg, 1843.
- Craigie.** — *Edinburg med. Journal*, 1843, t. IX, p. 410.
- Dummler.** — Ueber die oberschlesische Epidemie. *Arch. f. path. Anat.*, 1849, t. II.
- Estlander J. A.** — Ueber choroiditis nach Febris typhosa recurrens. *Arch. f. Ophth.*, 1869, XV, 2 Hft, p. 108-143.
- Goodsir.** — *Edinburg med. Journal*, 1843, t. LXII, p. 143.
- Hœnisch F.** — Die complicationen und nachkrankheiten der in der Greifswalder med. Klin. des Prof. Dr. Mossler behandelten Fälle von Typhus recurrens, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1874-75, XV, p. 53-76.
- Jacob.** — *Trans. of the association of Fellows and Licentiates of the King and Queen's College of Physicians in Ireland*. Dublin, 1828, vol. V, p. 268.
- Jacobson.** — *Traité d'ophtalmologie*, p. 76, 87 et 106.
- Kramsztyk. Z.** — Affections de l'œil dans la fièvre récurrente. *Gaz. lek. Warszawa*, 1882, 2^e sér., II, p. 85, III, 134.
- Larrey.** — *Mémoires de chirurgie militaire*, Paris, 1812, t. II.
- Logetschnikow.** — Ueber Entzündung des vorderen Abschnittes der Choroidea (des Ciliärkörpers) als Nachkrankheit des Febris recurrens. *Arch. f. Ophth.*, 1870, XVI, 353-363.

- Luckhau.** — Ueber Ohren-und Augenerkrankungen bei febris recurrens. *Arch. f. path. Anat.*, 1880, t. XXXII, p. 18-26.
- Mackensie.** — Some account of the epidemic remittent fever prevalent in Glasgow. *Lond. med. Gaz.*, 1843 et *Traité pratique des maladies des yeux*, trad. française, 1856, t. II, p. 102.
- Michel.** — *Lehrbuch der Augenheilkunde*, p. 471.
- Metchnikoff.** — Fièvre récurrente. *Arch. de méd. navale et coloniale*, 1893, t. LIX, p. 282.
- Netter.** — Fièvre récurrente in *Traité de méd. et de thérap. de Brouardel*, Gilbert et Girode, 1895, t. II.
- Orr.** — *Edinburg med. Journal*, 1848, t. LXVIII, p. 363.
- Panas.** — *Traité des maladies des yeux*, 1894, t. I.
- Peltzer O.** — Erkrankungen des Choroidaltractus nach febris recurrens. *Berl. klin. Wochensch.*, 1872, IX, p. 444.
- Reid.** — *Trans. of the association of Fellows and Licentiates of the King and Queen's College and Physicians in Ireland*, Dublin, 1828, vol. V, p. 204.
- Thucydide.** — *De bello Peloponnesiaco*, lib. II.
- Trompetter.** — J. Ueber Choroiditis nach Febris recurrens. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1880, XVIII, p. 123-131.
- Wallace.** — *Medico-chir. Trans.*, London, 1828, vol. XIV, p. 286.
- Wardell.** — On the Scotch-Fever of 1843. *Lond. med. Gaz.*, 1847.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
